Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj pół tora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

O R G A N
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1⅓ „	4 „	6 „

Kraków, 13 listopada 1886. № 46. Rok XXV.

I. Z pracowni kliniki chirurgicznéj prof. Mikulicza.

Wyniki badania wydzieliny z ran świeżych pooperacyjnych pod względem obecności mikroorganizmów.

Doniesienie tymczasowe.

Podał
Dr. Bossowski,
asystent kliniki chirurgicznéj.

Znane prace Ogstona (*Über Abscesse. Archiv f. klin. Chir.*, 1880, t. 25) i Rosenbacha (*Mikroorganismen bei den Wundinfectionskrankheiten des Menschen.* Wiesbaden, 1884), z których, zwłaszcza ostatnia, oparta na najświeższych wzorowych metodach Kocha, zasłużone pozyskała uznanie, stwierdzone identycznemi spostrzeżeniami licznych badaczy późniejszych, wyjaśniły dostatecznie istotę i przyczynę ropni ostrych, odsłaniając szereg pasorzytów drobnowidowych, których wtargnięcie pomiędzy tkanki zwierzęce wywołuje niezawodne ropienie. Rozsiane w powietrzu, zalegając powierzchnię ciała, naszéj odzieży i przedmiotów otaczających, wnikają z łatwością przy nieznaczném nawet zranieniu w głąb tkanin, w ślad zaś za niemi rozwija się zapalenie ropne.

Znaczna liczba obserwacyj obejmująca blisko 50 przypadków leczonych w ciągu ostatniego półrocza w klinice chirurgicznéj krakowskiéj z powodu spraw zapalnych ropnych toczących się w najrozmaitszych narządach, przyniosła zgodne z badaniem Rosenbacha wyniki, jakkolwiek pominąć nie mogę, że dotąd nie wykryto w hodowlach t. z. *Micrococcus pyogenes tenuis,* który zresztą dość rzadko zdaje się przychodzić, gdyż Rosenbach w 30 ropniach ostrych napotkał go tylko raz jeden.

Rany zadane śród ostrożności antyseptycznych i osłonięte następowo opatrunkiem przeciwgnilnym przedstawiają odrębne, całkiem zmienione stosunki, zarządzone w celu powstrzymania przystępu i rozwoju zabłąkanych przypadkowo mimo wszelkich ostrożności istot drobnowidowych, których zgubnemu działaniu wyłącznie przypisać trzeba według spostrzeżeń Klemperera (*Über die Beziehung der Mikroorganismen zur Eiterung. Zeitsch. f. klin. Mediz.*, 1885, t. X), gdziekolwiek pojawiające się ropienie. Pospolicie przecież goją się rany operacyjne, o ile na to warunki mechaniczne pozwalają, przez rychłozrost, a wydzielina ich jest aseptyczną. Przedstawiając się zrazu w formie skrzepów lub płynu gęstawego, o ciemnokrwistém zabarwieniu, który wejrzeniem zbliżony jest do dziegciu, przybiera ona następnie cechę cieczy śluzowo-surowiczéj, obejmującéj nieliczne ciałka wypocinowe. Nastręcza się zatém pytanie, czy w ogóle wydzielina ran świeżych pooperacyjnych zawiera mikroorganizmy, a w danym razie, jakie znajdują się w niéj formy ich i rodzaje? Już Ranke, Schüller, Cheyne i inni znaleźli wprawdzie ustroje drobnowidowe pod opatrunkiem antyseptycznym, mało uwzględniając rodzaje napotkanych tu mikrobów; prace ich sięgają jednakowoż czasów, w których dziś uznane metody badania i hodowli bakteryj należały jeszcze do przyszłości, a i sama nauka o mikroorganizmach spoczywała jeszcze prawie w kolebce. W tych warunkach uzyskane wyniki wprawdzie niesprzeczne ze sobą co do obecności schyzomycetów w wydzielinie przyrannéj, nie dawały przecież dostatecznéj pewności, a w każdym razie potrzebowały stwierdzenia za pomocą dziś rozpowszechnionych metod, tém więcéj że posunięta naprzód nauka dokładniejszych domagała się w tym kierunku wyjaśnień.

Temu zadaniu starałem się sprostać za inicyjatywą prof. Mikulicza, a choć spostrzeżenia moje nie są dotąd wyczerpujące i nie obejmują zbyt wielkiego szeregu przypadków, to jednak pragnę dotychczasowe wyniki dziś już ogłosić, zachowując sobie wolność rozszerzenia méj pracy i opracowania jéj w szczegółach.

Posługując się metodami wskazanemi przez Kocha główny i najważniejszy kładłem nacisk na najtroskliwszą sterylizacyję naczyń, w które zbierano wydzielinę przyranną, aby w ten sposób zabezpieczyć się przed możliwemi domie-

szkami pasorzytniczemi. Jako pożywki do hodowli używałem nalewki mięsnéj, stężonéj za pomocą 10% gelatyny, którą po należytém rozdzieleniu wszczepionéj wydzieliny przyrannéj wylewano na płyty szklane w celu rozsadzenia jak naj dalszego różnogatunkowych organizmów. Rurki szklane z nalewką mięsną stężoną za pomocą gelatyny lub 1—2% agaru, z których te ostatnio poddawano w piecu wylęgowym ciepłocie 37—39°C., oddawały usługi, gdy chodziło o dalsze wyśledzenie cech i własności już odosobnionych rodzajów, chociaż nie rzadko przeszczepiałem również wydzielinę wprost do rurek odczynnikowych z pożywką agarową, aby w ten sposób kontrolować równocześnie prowadzone hodowle na płytach. W pewnéj liczbie przypadków próbowałem, czy i o ile płyty powleczone pożywką agaru mogłyby posłużyć do odosobnienia różnogatunkowych mikroorganizmów, których hodowle w tym przypadku możnaby przeprowadzić w ciepłocie wyższéj do 40°C. bez obawy rozpłynięcia się substratu odżywczego. W tym celu rozlewałem płynną pożywkę z agaru na należycie wyplenione płyty szklane i pozostawiałem je pod przykryciem dzwonu szklanego aż do zupełnego stężenia. Małą cząstkę badanego materyjału rozdzielałem przez tarcie i wstrząsanie w przekroplonéj i świeżo przegotowanéj w rurce sterylizowanéj wodzie, poczém cieniutką warstwę otrzymanéj zawiesiny wylewałem na powierzchnię oziębionéj i skrzepłéj pożywki agarowéj, wstawiając płytę natychmiast do komory szklanéj a z nią razem po upływie paru godzin do pieca wylęgowego. Cienka warstewka cieczy wysycha rychło, na powierzchni pożywki z agaru rozwijają się w ciepłocie pieca wylęgowego odosobnione gromadki jednorodnych mikroorganizmów. Jakkolwiek niebezpieczeństwo wtargnięcia drobnowidowych ustrojów zwiększa się z częstością odsłaniania naczyń hodowlanych, które przy użyciu płyt agarowych dwukrotnie się powtarza, to przecież rezultaty, jakie otrzymałem, były, w porównaniu z metodą płyt pokrytych gelatyną odżywczą, nie mniéj dobre. Wyższość płyt z pożywką agarową zasadza się na możności poddania ich wyższéj ciepłocie, niż ta, którą wytrzymują bez rozpłynięcia płyty z gelatyną, co w wielu razach, mianowicie przy obecności mikroorganizmów, które rozwijają się, wprawdzie w zwykłéj ciepłocie pokojowéj, lecz tak wolno, że przez inne szybciéj kujące w rozwoju swym bywają upośledzone, niemałą przedstawia korzyść. Jako materyjał do badania służyła treść sączków tkwiących w ranie, którą przy pierwszéj zmianie opatrunku, zazwyczaj 4 lub 5 dnia po operacyi przypadającéj, czasem dopiero w dni 6—7 równocześnie ze sączkiem przenoszono z rany do rurek szklanych sterylizowanych i ztąd dopiero przeszczepiano na wspomniane wyżéj pożywki. Wydzielina ta występująca jużto w postaci zbitych lub rozmiękłych skrzepów krwi, blado- lub ciemno-czerwonych, jużto w formie cieczy mniéj albo więcej gęstéj i krwawo zabarwionéj, lub nawet czasem ropiastéj, pochodziła wyłącznie z świeżych ran pooperacyjnych, do których zastósowano cały szereg wypróbowanych ostrożności antiseptycznych. Nadmienić muszę, że ze względu na niekorzystne stosunki zdrowotne kliniki chirurgicznéj używane wśród operacyj środki antiseptyczne przekraczają pod względem swéj siły procentowéj o wiele miarę za dostateczną uznaną, a zwłaszcza, że roztworom naszych płynów antiseptycznych na miejscu przyrządzanym nadaje się z powodu nie zbyt czystéj wody do rozczyniania służącéj wyższy stopień zgęszczenia, niżli to odpowiada zwykłym wymogom antiseptyki chirurgicznéj. Nie będę tu przytaczał bliższych szczegółów antiseptyki śródoperacyjnéj i następowego opatrzenia ran, których dokładne omówienie zamieścił już prof. Mikulicz w Przeglądzie Lekarskim, jakotéż w Archiwie Langenbecka, wspomnę więc tylko, że każdorazowo po założeniu szwu spajającego ranę przepłukiwano sączki 3% roztworem kwasu karbolowego, częstokroć nawet krótkotrwałym prądem 5% kwasu karbolowego, poczém zasypano liniję szwów proszkiem jodoformu i pokrywano ranę kilkuwarstwowym pokładem gazy jodoformowéj, któréj najgłębsze warstwy maczano w 5% roztworze kwasu karbolowego. Opatrunek zewnętrzny składa się z worków wypełnionych mchem, do którego dodaje się w pewnym stałym stosunku trocin napojonych dziegciem. Wyjątkowo tylko stosowano w miejsce worków mchowych odtłuszczoną watę Brunsa, nie zmieniając zresztą wcale innych części składowych opatrunku.

Ogółem zbadano wydzielinę w 42 przypadkach świeżych ran operacyjnych.

W ośmiu przypadkach badanie wydało wynik ujemny a w 34 przypadkach hodowle wykazały obecność mikroorganizmów.

Najczęściéj przydarzał się *staphylococcus albus*, a mianowicie w 11 przypadkach stanowił on wyłączne zanieczyszczenie wydzieliny przyrannéj, w 9 zaś przypadkach napotkano go obok innych ustrojów drobnowidowych. Ugrupowanie jego tak w hodowlach, jakotéż na obrazach mikroskopowych i cechy rozwojowe w pożywkach pozwalały przyznać mu prawa i właściwości organizmu nazwanego przez Rosenbacha *staphylococcus pyogenes albus*.

Staphylococcus aureus rozwinął się w 5 przypadkach sam jeden w hodowlach, w 3ch przypadkach wraz z innemi ustrojami, a śród tych dwukrotnie z *staphylococcus albus*.

Koki łańcuszkowe napotkano tylko w dwóch przypadkach i to łącznie z innemi organizmami, a mianowicie w jednym przypadku obok *staphylococcus albus*, w drugim zaś równocześnie z *staphylococcus aureus*. W obu razach dołączyło się ropienie dość znacznego stopnia. Inne mikroorganizmy, jakoto prątki, *bacterium* w ścisłém tego słowa znaczeniu, jakotéż koki, które jednak nie dały się podciągnąć pod żadną kategoryję dotąd znanych koków ropnych, znaleziono w 8 przypadkach. Kilkakrotnie przydarzał się zwłaszcza *coccus* mikroskopowo nieróżniący się od *staphylococcus pyogenes albus* i *aureus*, który jednak w hodowlach wybitne okazuje różnice. Smuga rozwijająca się w pożywce agarowéj, zrazu biaława, przybiera zwolna barwę lekko żółtawą, która z biegiem czasu przyjmuje odcień coraz więcéj żółtawy, tak że hodowla na szczycie swego rozwoju okazuje barwę szamoa-żółtą. Hodowany w pożywce gelatynowéj rozpuszcza ją po dniach kilku i osiada w postaci osadu żółtawego na dnie rurki. Przeszczepiony na króliki wznieca zaledwo słabą reakcyję zapalną w miejscu zaszczepienia, która znika niebawem bez powstania ropienia. Zgodnie z wynikami przeszczepienia nie zauważono też ropienia w ranach przezeń zakażonych, tak że *coccus* ten zdaje się być obojętnym pod względem chorobotwórczym, a znajomość jego ważną tylko o tyle, że hodowla barwą swą może zwrócić myśl na pokrewny mu wejrzeniem w pierwszéj chwili rozwoju *staphylococcus albus*, w późniejszym okresie możnaby pomieniać go z żółkniejącą hodowlą *staphylococcus pyogenes aureus*.

W tych przypadkach, gdzie *staphylococcus aureus* sam lub obok innych mikroorganizmów znajdował się w wydzielinie przyrannéj, stale dołączało się ropienie, które nawet

w jednym przypadku pociągnęło za sobą całkowite rozejście się rany. W trzech przypadkach ropienie wystąpiło w formie dość rozległego ropnia, w pozostałéj zaś liczbie ran ograniczyło się do samego otworu sączkowego, z którego wydobywała się wydzielina ropiasta przez czas krótszy lub dłuższy. Podczas gdy w przypadku pierwszym rana goiła się w całości *per secundam intentionem*, w innych razach osiągnięto częściowe zlepienie rany przez rychłozrost. Na uwagę zasługuje ta okoliczność, że skoro tylko odpływ wydzieliny był należycie zabezpieczony, mimo ropienia stan chorych był całkiem bezgorączkowy, lub ciepłota przekraczała normę zaledwo o kilka dziesiętnych stopnia.

Odmiennie nieco przedstawiało się zakażenie rany przez *staphylococcus albus*. Jakkolwiek i tu nie rzadko rozwijało się ropienie miernego stopnia w bezpośredniém otoczeniu otworu dla sączka lub w miejscu szwów i to przy stanie ogólnym zresztą wcale zadowalającym, a mianowicie bez znaczniejszego podwyższenia ciepłoty ciała, to jednak w innych razach przy znacznie podwyższonéj ciepłocie do 40°C. dochodzącéj rana sama zlepiona *per primam intentionem* albo nie zdradzała żadnéj nieprawidłowości lub lekkie tylko zaczerwienienie w bezpośredniém pobliżu brzegów rany, które w dni parę ustępowało bez śladu. Okoliczność ta przemawiałaby za przeniesieniem się jadu z miejsca zakażenia w głąb ustroju, a żałować jedynie wypada, że w tych właśnie razach nie uskuteczniono badania krwi. W przeważnéj części przypadków mimo obecności *staphylococcus albus* w wydzielinie przyrannéj nastąpiło gojenie przez rychłozrost a skąpa liczba rozwijających się w hodowlach kolonij świadczyła, że rozwój mikroorganizmów w ranie saméj był w wysokim stopniu utrudniony. Jeśli z ogólnéj sumy (20) ran zakażonych przez *staphylococcus albus* wykluczymy dwa przypadki, gdzie równocześnie napotkano *staphylococcus aureus* i trzeci powikłany obecnością *streptococcus*, na pozostałą liczbę 17 składa się 9 przypadków ran gojących się *per primam intentionem* przy stanie bezgorączkowym lub lekkiém tylko do 38·2°C. dochodzącém podwyższeniu ciepłoty, 5 przypadków, do których dołączyło się ropienie miernego zwykle stopnia i 3 przypadki z wysoką gorączką (do 40°C.), gdzie rana sama gojąca się przez rychłozrost nie okazywała znaczniejszego zaburzenia.

(Dokończenie nastąpi).

II. O naczyniach krwionośnych rdzenia pacierzowego ludzkiego.

Streszczenie monografii przedłożonéj Krakowskiéj Akademii Umiejętności na posiedzeniu z d. 20 lipca 1886.

przez

Prof. Dra Henryka Kadyjego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 45).

Oprócz tych stosunków na poparcie twierdzenia, iż tętnica kręgowa jest wspólnym pniem dla przedniéj i tylnéj tętnicy korzeniowéj Igo nerwu szyjnego, mogę przytoczyć: *a)* fakty porównawczo-anatomiczne: np. u psów przy trzeciéj parze nerwów szyjnych przystępują stale tętnice, które rozmiarami i zachowaniem się przypominają tętnice kręgowe człowieka i rzeczywiście głównie przyczyniają się do utworzenia tętnicy podstawowéj, która bywa następnie tylko wzmocniona niepokaźnemi tętniczkami z pierwszemi nerwami oponę twardą przebijającemi; *b)* zdarzające się także u człowieka rzadkie nieprawidłowości, zależące na tém, iż pień tętnicy kręgowéj przy drugim nerwie szyjnym wchodzi do wnętrza opony twardéj. Takie zboczenie znalazłem po prawéj stronie na jednym z rdzeni wyjętych dla badania naczyń. Podobny przypadek opisał Herberg (w r. 1845).

Na ośrodkach nerwowych a przedewszystkiém na rdzeniu rozwinięty jest przeto układ tętnic, złożony z pni poprzecznych (tętnic korzeniowych) i łączących je podłużnych łańcuchów, który przedstawia niezaprzeczone podobieństwo do układu tętnic w ścianach ciała, gdzie poprzecznie do osi ciała przebiegające tętnice (międzyżebrowe itp.) połączone są między sobą pniami podłużnemi (*art. mammaria, epigastrica* a nawet główny pień tętnicy głównéj). Może być, iż tętnice na powierzchni rdzenia są nawet homologiczne tętnicom ścian ciała.

Gałązki, odchodzące od wspomnianych trzech głównych łańcuchów tętniczych rdzenia, okazują przebieg przeważnie znowu poprzeczny obejmując większe lub mniejsze części obwodu rdzenia. Dalsze ich rozgałęzienia na powierzchni rdzenia tworzą przedewszystkiém sieć zawartą w miękkiéj czyli naczyniowéj jego oponie. W sieci téj występują znowu podłużne anastomotyczne połączenia jako drugorzędne łańcuchy tętnicze, których wypada rozróżniać trzy pary, a mianowicie: *a)* tylne łańcuchy tętnicze (*tractus arteriosi posteriores*), przebiegające na bocznych brzegach sznurów tylnych wzdłuż początków korzeni tylnych, *b)* boczne (środnie) łańcuchy tętnicze (*tractus arteriosi laterales*), trzymając się przyczepów więzadła zębatego, *c)* przednio boczne łańcuchy tętnicze (*tractus arteriosi anterolaterales*) najwątlejsze ze wszystkich, które oplatają wyjścia przednich wiązek korzeniowych.

Na rdzeniu pacierzowym są zatém trzy główne i sześć drugorzędnych podłużnych łańcuchów tętniczych, razem przeto dziewięć, z których ośm jest parzystych.

Nieparzysty i pośrodkowe położenie zajmujący przedni łańcuch tętniczy jest wszakże w zawiązku również parzysty. Na poparcie tego twierdzenia mogę przytoczyć: *a)* Łańcuch ten powstaje przez wzajemne łączenie się gałęzi tętnic korzeniowych tak prawych jak też i lewych. *b)* W górnéj części rdzenia (na rdzeniu szyjnym prawie zawsze, na piersiowym niekiedy) w przebiegu przedniego łańcucha zdarzają się wysepki tak, iż przynajmniéj miejscami jest podwójny. *c)* Łańcuch ten wydaje liczne (około 200) gałązki, które wszedłszy w głąb rowka przedniego (w wypustce powstałéj z fałdu opony naczyniowéj) wnikają do kolumn szarych jako tętnice centralne rdzenia (*arteriae centrales medullae spinalis*). Jedne z tych tętnic w całości udają się do prawéj kolumny, inne zaś wyłącznie zaopatrują kolumnę lewą. Prawe i lewe tętnice centralne oddzielnie odchodzą od łańcucha tętniczego przedniego. Tylko nader wyjątkowo i to jedynie przy dolnym końcu (w krzyżowym odcinku) rdzenia napotykamy jeden lub drugi pieniek tętniczy, który w wypustce opony wypełniającéj rowek albo na dnie tegoż dzieli się na prawą i lewą tętnicę centralną. *d)* W tych miejscach, gdzie przedni łańcuch tętniczy jest zdwojony (wysepki), od prawéj tętnicy wzdłuż rowka biegnącéj odchodzą bez wyjątku wyłącznie tylko prawe tętnice centralne, a od lewéj lewe.

Żyły korzeniowe rdzenia wyprowadzają krew z sieci żylnych, które oplatają rdzeń leżąc również w jego oponie. Siecie te w rozmieszczeniu swém całkiem niezależne od sieci tętniczych, zwykle czynią wrażenie splotów żylnych z powodu wężykowatego przebiegu; dosyć często tworzą one formalne żylaki, na co już Hyrtl zwrócił uwagę.

Tylko przy przednim łańcuchu tętniczym napotyka się żyły towarzyszące *(venae comitantes)*, które zachowują się podobnie jak żyły towarzyszące innym tętnicom (np. t. sprychowéj). Zresztą żyły na powierzchni równie jak wewnątrz rdzenia przebiegiem, sposobem rozgałęzienia i rozmiarami nie stosują się wcale do tętnic tych samych okolic.

Niezależność ta żył rdzenia od tętnic ryczałtowo objawia się tém, iż najokazalszemi są siecie żylne na tylnéj powierzchni rdzenia, podczas gdy najgłówniejsze pnie tętnicze znajdujemy na powierzchni przedniéj a następnie na bocznych. Przy głównych tętniczych łańcuchach tylno-bocznych zgoła nie ma żył. To też tylne żyły korzeniowe rdzenia odprowadzają większą część krwi, podczas gdy przeważną ilość krwi tętniczéj otrzymuje rdzeń drogą przednich tętnic korzeniowych.

Tętnice i żyły tworzące siecie w oponie naczyniowéj rdzenia (a więc także i główne ich łańcuchy) wydają liczne pieńki, które zwykle jeszcze w oponie miękkiéj przebiegając rozgałęziają się daléj drzewiasto, tak iż do samego rdzenia wnikają po największéj części drobne niekiedy gołém okiem nawet w stanie nastrzykanym zaledwie dostrzegalne naczyńka. Tętniczki w ten sposób zanurzające się w substancyi rdzenia są daleko liczniejsze, lecz też w ogóle nierównie drobniejsze aniżeli pieńki żylne.

Pomimo obfitego bogactwa w rozgałęzienia tętnicze i żylne, które znamionuje oponę miękką rdzenia jako błonę naczyniową czyli naczyniówkę rdzenia w całém słowa znaczeniu i stosunek jéj do tego narzędzia czyni podobnym do stosunku okostny względem kości — opona naczyniowa rdzenia nie posiada własnych naczyń włosowatych, co na licznych i zupełnie nastrzykanych preparatach z całą stanowczością stwierdziłem. Nie wychodzi to wszakże bynajmniéj na szkodę odżywienia téj błony, skoro wiemy, że także inne nierównie większéj objętości narzędzia (rogówka, chrząstki) nie mieszcząc wcale naczyń pośród swéj tkaniny, pobierają jednakże ze krwi materyjały odżywcze.

Najokazalszemi z naczyń do rdzenia wnikających są wspomnione już tętnice i żyły centralne. Pomimo, że żyły centralne wpadają do żył towarzyszących przedniemu tętniczemu łańcuchowi, od którego odchodzą tętnice centralne, w przebiegu i sposobie rozgałęzienia nie trzymają się ściśle tętnic téj saméj nazwy, ani też nie odpowiadają im liczbą i rozmiarami. Suma przekrojów żył centralnych nie jest $2\frac{1}{2}$ razy większą od sumy przekrojów tętnic centralnych tego samego odcinka rdzenia, lecz nawet cokolwiek mniejszą od ostatniéj. Ztąd wynika, że żyły centralne nie wystarczają nawet do odprowadzenia połowy téj krwi, którą tętnice centralne dostarczają rdzeniowi. Ten zajmujący stosunek zgadza się zupełnie z faktem wyżéj przytoczonym, iż żyły wynurzające się na powierzchni, t. j. na obwodzie, rdzenia są większe aniżeli tamże wnikające tętniczki.

Tętnice centralne (podobnie też żyły centralne) w głębi rowka przedniego zaginają się na prawo lub na lewo i wnikają między spoidłem a sznurem przednim do środkowéj części odnośnego słupa szarego *(substantia gelatinosa centralis)* a tam właśnie w tém miejscu, gdzie schodzą się róg przedni, róg tylny i spoidło, dzielą się przedewszystkiém na gałęzie wstępujące i zstępujące. Dopiero dalsze ich rozgałęzienia mogą przybierać kierunki więcéj poziome i promienisto rozbieżne, choć zwykle dzielą się drzewiasto wyginając się przytém w rozmaitych kierunkach podobnie jak konary starych drzew. Tylko drobniejsze, pojedynczym gałązkom większych (zwykłych) równoważne, zatrzymują przebieg więcéj poziomy tak, iż w skrawku poprzecznym odpowiedniéj grubości mogą w całości być zawarte. Rozróżnianie pewnéj liczby typowych ku pewnym grupom komórek dążących gałęzi u każdéj tętnicy centralnéj, jakie usiłował przeprowadzić Ross, nie odpowiada rzeczywistości.

Tętnice centralne zaopatrują nietylko szarą substancyję; rozmaite większe i mniejsze ich gałązki (nie stale wszakże) na obwodzie szarych słupów wkraczają w obręb białéj substancyi. Tętnice i żyły obwodowe, t. j. na zewnętrznéj powierzchni do rdzenia wnikające, przebiegają w ogóle poziomo w kierunkach dośrodkowych, t. j. ku osi rdzenia zwróconych. Zawarte są one wraz ze swemi rozgałęzieniami przybierającemi kierunki pionowe w przegrodach łączno-tkankowych, które rozgraniczają pojedyncze sznury białe, tudzież takich, które te sznury dzielą na wiązki włókien nerwowych. Mniejsze z tych naczyń obwodowych wyczerpują się już w istocie białéj; silniejsze zaś ostatecznemi swemi rozgałęzieniami wkraczają do kolumn szarych.

Rozmieszczenie naczyń obwodowych jest tak dalece nieregularném, na poszczególnych skrawkach poprzecznych po sobie następujących zmienném i w ogóle jakby dowolném, iż należy się wystrzegać zanadto daleko posuniętego schematyzowania ich liczby i położenia, jak to uczynili Ross i Adamkiewicz. Rozumie się wszakże, że w główniejszych przegrodach (rozgraniczających główne sznury białe) przebiegają w ogóle naczynia większych rozmiarów; wszelako i tu ani ich odstępy, ani następstwo po sobie, ani wzajemny stosunek rozmiarów nie stosuje się do pewnych prawideł, któreby można było ściśléj określić. (Dok. nast.).

III. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

Seryja druga.

IV.

Sprawa Ritterów.

Podał Prof. Dr. **L. Blumenstok.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 45).

4. D. 26 stycznia 1884 przesłuchano chirurga Meydla; zadano mu te same pytania co Drowi Bielińskiemu, a odpowiedzi jego opiewały jak następuje:

Co do 1go. W górnéj części po nad brzegiem skóry, który nad rąbkiem koszuli wysterczał, był tak kręgosłup jak dolna część tyłogłowia prawie zupełnie obnażona. Brzeg skóry saméj po nad rąbkiem koszuli szedł łukowato i zygzakowato wklęsłością ku czaszce zwrócony. Brzegi skóry na częściach bocznych szyi jakoteż i skrawka skośnie ku szczęce dolnéj biegnącego były równe, niezupełnie gładkie, bo w rozkładzie się znajdujące, zaś podług mego zdania z pewnością narzędziem ostrém zrobione. Brzeg skrawka skóry skośnie ku szczęce przebiegającego był do szczęki przyczepiony a nie od niéj oddzielony.

Co do 2go. Co do położenia skrawka skóry na szyi było ono takie, jak je podał Dr. Bieliński. Przestrzeń między szczęką dolną a górnym otworem klatki piersiowéj wypełniona była błotem, po usunięciu którego znajdowały się mięśnie w szyi rozmiękłe, tworzyły miazgę, wśród któréj mniéj lub więcéj w naturalném położeniu znajdowała się krtań postaciowo utrzymana, oddzielona od tchawicy tak, iż nawet resztek z tchawicy przy krtani

nie było. Tchawica zaś, której pierścienie chrzęstne dokładnie można było rozróżnić, rozmiękla tak, iż przy dotknięciu w rękach się rozłaziła. Toż samo naczynia szyjne były jeszcze utrzymane i w swym przebiegu przerwane tak, iż odróżnić można było górny i dolny odcinek. To samo przełyk przerwany był na górny i dolny odcinek, ściany jego były rozmiękłe, tak iż przy dotknięciu rozłaziły się. Brzegi zaś przedstawiały to samo wejrzenie, co brzeg skóry na karku, tj. że przy najmniejszém dotknięciu brzegi te aczkolwiek na pierwszy rzut oka ostremi się wydające zaraz strzępkowate się stały. Po zupełném oczyszczeniu i wypłukaniu błota zajmującego przestrzeń między górnym brzegiem klatki piersiowéj i dolną szczęką przedstawiała cała ta część wejrzenie rany o brzegach rozwartych.

Co do 3go. Kości czaszki na niektórych miejscach przedstawiały szczątki strzępiaste części miękkich. Kości twarzy częściowo pokryte były szczątkami części miękkich, jednakże skóry na tych szczątkach odróżnić nie można było. Wśród szczątków części miękkich na czaszce po lewéj stronie znajdująca się plama brudno-czerwona pochodziła zdaniem mojém z wynaczynienia krwi, lecz skrzepu krwi tamże nie było.

Co do 4go. Uszkodzenia jamy brzusznéj przedstawiały te same cechy, które Dr. B. podał. Jednak sądzę, że nic ze ściany brzusznéj nie brakowało, i że nie był kawałek wycięty, jak to Dr. B. podał.

Co się tyczy uszkodzenia w okolicy części płciowych zewnętrznych nie mógłbym podać dziś bliższych szczegółów i odwołuję się w téj mierze do protokółu oględzin.

Co do 5go. Zgodnie z Drem Bielińskim.

Co do 6go. Macica znajdowała się w naturalném położeniu; uszkodzenia jéj były takie, jak podał Dr. B.; według mego zdania sięgały one bardziéj ku górze, były dłuższemi. Ze ściany przodkowéj macicy nie brakowało nic, brzegi zaś tych szczelin były zupełnie gładkie i równe. Po wyjęciu macicy żadnych cięć na niéj nie uskuteczniłem i w tym stanie jak ją wyjąłem nie używszy noża oddałem do przechowania. I o cięciu, o którém Dr. B. wspomina wzdłuż lewego brzegu macicy nic nie wiem.

Co do 8go. Zgodnie z Drem Bielińskim.

Co do 9go. O tyle zgodnie z Drem B., iż owo zabarwienie czerwone w oponach miękkich było szczególniejsze, i że wśród istoty mózgowéj do głębokości 3—4 cm. istota mózgowa krwią była przesiąkła i przedstawiała wejrzenie podobne do apoplektycznego. Wymiary tego ogniska wynosiły około 4 cm. średnicy

5. D. 2 lutego 1884 udała się Komisyja sądowolekarska, w skład któréj wchodzili prof. Browicz i Dr. Żuławski z Krakowa do Lutczy, celem uskutecznienia ekshumacyi ponownéj zwłok Franciszki Mnichówny.

Komisyja udała się przedewszystkiém do mieszkania Ritterów i sędzia śledczy wskazał lekarzom tak piwnicę Ritterów jakoteż ich mieszkanie, które lekarze obejrzeli, a następnie po wskazaniu lekarzom sądowym wszystkich przyległych budynków, udała się komisyja drogą, którą według orzeczenia znawców sprawcy niosąc trupa iść mieli do parowu, w którym znaleziono zwłoki. Po obejrzeniu parowu jakoteż zbadaniu dna jego, tudzież po stwierdzeniu, że pomimo znacznego topnienia śniegu woda płynąca na dnie parowu nawet powyżéj kostek nie sięga, udała się komisyja na cmentarz w Lutczy celem przedsięwzięcia ekshumacyi. Tożsamość zwłok stwierdzili świadkowie przybrani.

1. Po wypuszczeniu z trumny znacznéj ilości wody brudnéj i cuchnącéj, znaleziono czaszkę przepiłowaną i brak szczęki dolnéj.

2. Części miękkich, z którychby rozpoznać można mięśnie lub organa wewnętrzne, wcale nie ma. Znaleziono tylko gęstą ciemno-szarą cuchnącą miazgę, jakby ziemi rozrobionéj z wodą, wśród któréj to miazgi kości leżą. Nadto znajdują się mniejsze i miększe kawałki zmydlone, które są kruche.

3. Począwszy od palców nóg wyjmowano kostkę za kostką i przekonano się, że tak pojedyncze falangi palców stopy jednéj i drugiéj, jakoteż kości śródstopia, kości podudzia, oba uda kości miednicy, żebra, falangi palców rąk, kości śródręcza, przedramienia i ramienia obie łopatki, oba obojczyki, kości mostku, kość krzyżowa są całkowite, nieuszkodzone.

4. Następnie wyjęto z téj miazgi kręgi lędźwiowe grzbietowe i szyjne w liczbie 23, jakoteż podstawę czaszki i sklepienie jéj. Kości te wśród miazgi szaréj leżące są ciemno zabarwione, ktore to zabarwienie po opłukaniu w wodzie pozostaje, przez co na razie uszkodzeń tychże, gdyby jakie były, z pewnością rozpoznać nie można. Znaczniejszych atoli uszkodzeń nie ma.

5. W tym celu po opłukaniu wszystkich kręgów jako też i czaszki, po wysuszeniu na powietrzu, po staranném opakowaniu każdéj kostki z osobna, włożono takowe do skrzynki celem oczyszczenia i zbadania bliższego.

Co gdy nastąpiło w Krakowie, pp. znawcy podyktowali do protokółu co następuje:

1. Czaszka bez części dolnéj przepiłowana poprzecznie, jak to się zwykle przy sekcyi w celu wydobycia i obejrzenia mózgu dzieje; kierunek przecięcia po stronie prawéj zbacza od linii pozioméj nieco ku dołowi części tylnéj czaszki, w którém to miejscu mianowicie w okolicy guza potylicowego brzeg przecięcia nie jest równy w skutek podważenia dłutkiem przy otwarciu czaszki użytém. Po założeniu obu odcinków czaszki, tj. szczytu jakoteż części podstawowéj przylegają one ściśle do siebie i nie przedstawiają nigdzie jakiegokolwiek braku. Po obejrzeniu dokładném tak szczytu czaszki jakoteż i podstawy nie widać nigdzie ani też na kościach twarzowych żadnego śladu złamania lub pęknięcia.

2. 23 sztuk kręgów, które są zupełnie prawidłowe, nienaruszone, a mianowicie kręgi szyjne co do liczby wszystkie zachowane, nie przedstawiają nigdzie śladu złamania, pęknięcia lub też braku w skutek odłupania powstałego.

Orzeczenie. Na podstawie opisu przedłożonych kości jakoteż uwzględniając stan ich prawidłowy nie można żadną miarą orzec o rodzaju śmierci Franciszki Mnichówny ani też co do sposobu, w jaki ona życia pozbawioną być mogła.

Po uskutecznieniu tych czynności uzupełniających, c. k. Sąd krajowy przesłał akta śledcze Wydziałowi lekarskiemu z następującą odezwą:

Z końcem miesiąca listopada lub też w pierwszych dniach miesiąca grudnia r. 1881 w miejscowości Lutcza w okręgu c. k. Sądu powiatowego w Strzyżowie położonéj, zaginęła Franciszka Mnich, wyrobnica, stanu wolnego, mająca przeszło lat 30.—Dopiero w dniu 6 marca 1882 odkryto przypadkowo w parowie gęsto krzakami i drzewami zarośniętym, na dnie którego jest ściek wody, zwłoki Franciszki

Mnich; w odległości kilkudziesięciu kroków od trupa znaleziono dwa warkocze Franciszki, daléj zaś sznurek, którym za życia Franciszka obwiązywała sobie nogę. Trup, jak to z protokółów oględzin miejscowości świetny Wydział wiadomość powziąść może, leżał na dnie parowu, na twarzy i na brzuchu, twarz miał zwróconą ku ziemi.— Prawa noga była wyciągnięta, lewa zaś podciągnięta pod ciało, natomiast ręce trupa leżały pod piersiami z palcami w kułak zgiętemi. Jedynie dolne części ciała, tj. nogi, leżały na dnie parowu, głowa trupa była ze skóry obnażoną i pozbawioną mięśni. — Według przeprowadzonego śledztwa, aczkolwiek na to stanowczych zeznań nie uzyskano, miała być Franciszka Mnich w ciąży.—Z zeznań jednego z obwinionych wynika, że w dniu tym, kiedy Franciszka Mnich zamordowaną została, już pod wieczór wezwała ją jedna obwiniona, aby się z nią udała po obiecane ziemniaki do piwnicy, że gdy obydwie poszły do piwnicy, udali się tam za niemi w skutek poprzedniéj zmowy reszta obwinionych, że gdy się już wszyscy w piwnicy znajdowali, jedna obwiniona podniosła świeczkę upaloną, która była w piwnicy, jeden z obwinionych zaświecił zapałkę, druga obwiniona podała świeczkę 3ciéj obwinionéj, która ją od zapałki zaświeciła, — jeden obwiniony wziął z ziemi siekierę a gdy Franciszka Mnich zdziwiona têm, co się dzieje, odwróciła się twarzą do tegoż, uderzył ją wówczas najpierw w głowę, a potêm w twarz obuchem siekiery. Franciszka Mnich upadła na ziemię a dwie obwinione rzuciły się na nią, zarzuciły jéj płachtę na głowę, przewróciły na ziemię na wznak, trzymały ją za ręce, jeden obwiniony za nogi a drugi obwiniony gardło nożem poderznął.—Po upływie pół godziny widział jeden obwiniony, że drugi obwiniony z dwiema obwinionemi wynosili w płachcie coś długiego w kierunku ku parowu, w którym późniéj zwłoki Franciszki Mnich znaleziono, a w trzy lub cztery dni po dokonanêm morderstwie miał oświadczyć jeden obwiniony drugiemu, że wyjął z Franciszki Mnich to, co w niéj było, to jest płód. — Obwiniony po okazaniu mu małéj siekiery uznał takową jako prawdopodobnie tę, którą uderzył Franciszkę Mnich, a po okazaniu mu noży uznał, że nóż w czarnéj oprawie, z częścią metalową połyskującą, jest prawdopodobnie tym, którym drugi obwiniony Franciszce Mnich gardło poderznął.— Załączając zatêm odnośne akta, tudzież okazy czynu, mam zaszczyt upraszać Wysoki Wydział o udzielenie mi swego orzeczenia co do przyczyny śmierci Franciszki Mnich, a w szczególności o umotywowane odpowiedzi na następujące pytania: (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Chirurgija.

Krönlein: O leczeniu chirurgicznêm ostrego posocznicowo-ropnego zapalenia rozlanego otrzewny.

Ostre posocznicowo-ropne zapalenie otrzewny należy do najcięższych chorób, ostry przebieg okazujących. Pod względem rokowania w téj chorobie zgadzają się najwybitniejsi i najdoświadczeńsi klinicyści na to, iż zejście śmiertelne jest regułą, wyzdrowienie tylko szczęśliwym przypadkiem. Szczególnie niepomyślnym jest przebieg tego zapalenia otrzewny, gdy ono powstało w następstwie przebicia mas zakaźnych do jamy brzusznéj.

Już Wegner 10 lat temu największe znaczenie w takich przypadkach przypisał téj okoliczności, iż z powodu znakomitéj siły chłonniczéj i znacznéj powierzchni otrzewny, na jakiéj to wchłanianie mas zakaźnych odbywać się może, następuje nader szybkie i gwałtowne zakażenie ogólne, twierdzi on nawet iż w obec niebezpieczeństwa, jakiêm grozi ta septycemia, podrzędne tylko znaczenie ma zapalenie otrzewny wywołane następowo skutkiem zetknięcia ropy, posoki lub kału z otrzewną.

W obec grozy tego cierpienia z jednéj strony, niemocy środków wewnętrznych z drugiéj, uważać należy laparotomiję w celu jak najszybszego usunięcia ropy, posoki lub mas kałowych, dokładnego oczyszczenia jamy otrzewnowéj środkami przeciwzakaźnemi, a wreszcie i ewentualnego zeszycia otworu w jelicie lub żołądku, za jedyną deskę ratunku.

K. podaje spostrzeżenia swe w tym kierunku poczynione wśród ostatnich dwu lat, a doszedł, jak powiada, niezawiśle do zupełnie tych samych wyników co prof. Mikulicz.

Jeżeli komu trudno się zdecydować do operacyi ze względu na upadek sił chorego, trudność pewnego rozpoznania, powikłanie stosunków topograficznych w jamie otrzewnowéj, zlepienie i rozdęcie pętli jelitowych, wreszcie na trudność odnalezienia miejsca perforacyi i zeszycia, niech uwzględni, iż w razie niewykonania operacyi życie chorego jest w wysokim stopniu zagrożone prawie niechybną śmiercią. K. przyjmuje w zupełności zdanie Lawson-Taita: „skoro lekarz ma wątpliwości a chory w niebezpieczeństwie, należy operować“.—K. wykonał laparotomiję 3 razy w przypadkach rozlanego posocznico-ropnego zapalenia otrzewny; w 2 z tych nie zdołał tym zabiegiem chorym życia uratować, ale w jednym wynik był znakomity.

W jednym z tych niepomyślnie ukończonych przypadków rozchodziło się o silne nadzwyczaj zapalenie otrzewny skutkiem przedziurawienia wyrostka robaczkowego, przyszło do zlepów sieci i pętli jelitowych na przestrzeni prawego talerza biodrowego i małéj miednicy, jelito cienkie tuż u ujścia swego do jelita ślepego uciśnięte było przez kawałek sieci w kształcie sznurka po nad niêm rozpiętego, ztąd objawy niedrożności jelit; śmierć nastąpiła we 2 dni po laparotomii.

W drugim z tych przypadków wykonano operacyję, tj. laparotomiję i zeszycie jelita za późno, bo pod koniec życia.

W trzecim wreszcie przypadku rozchodziło się o osobę 18-letnią, która po spożyciu wiśni wraz z pestkami dostała gwałtownéj kolki brzusznéj i wymiotów. W 8 dni potêm przywieziono chorego do szpitala w stanie nader opłakanym: zupełna apatyja, *facies hipocratica*, odnogi zimne, brzuch wzdęty, wymioty kałowe, całkowity brak stolca. Po otwarciu jamy brzusznéj wydobyto z niéj wypocinę surowiczokrwawą i ropną kałem cuchnącą, przeszkody w drożności ani przedziurawienia jelita nie znaleziono. Jamę wypłukano $^1/_2$ ‰ roczczynem sublimatu. Chory wyzdrowiał.

W tym ostatnim przypadku autor widzi analogiję do przypadku prof. Mikulicza, w którym tenże operował już wśród zap. otrzewny z przedziurawienia jelita, miejsce przebicia odszukał, zeszył i w ten sposób życie choremu uratował.

Przypadki te dowodzą, że jesteśmy dziś w stanie zapalenie posocznicoworopne otrzewny drogą laparotomii uleczyć, jakakolwiekby tego była przyczyna i jakkolwiek nie wszystkie przypadki kończą się tak pomyślnie, to przecież zaznacza to znaczny postęp w leczeniu chirurgicznêm. (*Arch. f. klin. Chirurg.* 1886, Bd. XXXIII 507—524). *Dr. Gross.*

Okulistyka.

Pierd'houy: **Powtórna próba przeszczepienia oka królika człowiekowi.**

Po nieudaniu się pierwszéj próby autor usiłował w drugim przypadku przeszczepić człowiekowi oko królicze. W tym przypadku ukończyło się wrzodzące zapalenie rogówki skutkiem ospy suchotami gałki ocznéj i dało powód do bólów współczulnych drugiego oka. Wyłuszczywszy chorą gałkę oczną, przyczém oszczędzał starannie mięśnie oczne i spojówkę gałkową a nerw wzrokowy przeciął tuż przy gałce, autor wyłuszczył oko królikowi pozostawiając do koła rogówki pasek spojówki około 4mm. szeroki i przecinając n. wz. nie zbyt blisko gałki ocznéj. Podczas wyłuszczenia przeprowadził P. przez kikut n. wz. podwójną nitkę katgutową, tak, iż tworzyła pętlę, która po zaciągnięciu służyła do spojenia n. wz. oka królika z n. wz. operowanego; prócz tego przeprowadził on przez ścięgna czterech mięśni prostych cztery nitki jedwabiu fenilowego, który następnie przewlókł przez tkankę okołorogówkową królika w ten sposób, jak się to czyni przy przemieszczaniu mięśni ku przodowi. Operacyję wykonano wśród częstego spłukiwania 3% roztworem aseptolu a okolicę czterech szwów posypano mięszaniną jodoformu, dwusiarkanu chininowego i węgla. Do opatrunku użyto gazy i waty napojonéj roztworem aseptolu. Gdy P. po trzech dniach rozwarł po raz pierwszy szparę powiekową, znalazł rogówkę oka przeszczepionego zupełnie przeźroczystą, spojówkę otaczającą rogówkę oka króliczego przyczepioną do spojówki chorego, a ruchy oka przeszczepionego bardzo mało upośledzone. Szóstego dnia po operacyi zaczęła się rogówka zaćmiewać, dziewiątego zajmował jéj środek wrzód, który w dwa dni późniéj sprowadził przebicie rogówki z opadnięciem tęczówki a późniéj odejście soczewki i suchoty oka przeszczepionego. *(Gazetta medica Ital.-Lomb., Annal. d'Ocul.*, lipiec i sierpień, 1886). *Rydel.*

Dr. L. Wolffberg: **Prosta metoda badania ilościowego poczucia barw w celach rozpoznawczych.**

Badania stosunku bystrości wzroku do ilościowego poczucia barw doprowadziły autora do wyniku, że często przy téj saméj bystrości wzroku zachodzą u różnych chorych znaczne różnice co do ilościowego poczucia barw tego samego natężenia i przy têm samém oświetleniu. Fakt ten wywiera nieraz znaczny wpływ na zdolność oryjentacyjną chorych ze znaczném upośledzeniem wzroku. I tak z dwóch chorych, z których każdy liczy palce zaledwie na 1m., nieraz zauważyć można, że gdy jeden bez przewodnika kroku zrobić nie może, drugi porusza się z całą pewnością po nieznanéj często nawet dość ożywionéj ulicy. Przyczyną tego nie zawsze jest różnica w polu widzenia, ale mniejsza lub większa zdolność rozróżniania barw na pewną odległość. Polegając na saméj tylko bystrości wzroku musielibyśmy obu zaliczyć do jednéj kategoryi ślepych, a jednak cóż za kolosalna różnica we wzroku obydwu.

Te i tym podobne fakty przekonały autora, jak ważném dla ocenienia funkcyi jest zbadanie ilościowego poczucia barw. Dla oznaczenia jednak chorobowych wahań trzeba było wiedzieć, jak wielką jest ta zdolność oka prawidłowego, aby ją wziąść za miarę. I pokazało się, że w ogólności przy stałém dzienném oświetleniu oko prawidłowe czerwień Marksa [1]) o 2mm. średnicy i błękit Marksa o 7mm. średnicy rozpoznaje jeszcze na 6m. odległości. Poszukiwania te doprowadziły autora do ciekawego, a z prawidłem powyższém na pozór sprzecznego wyniku, że nie rzadko przy t. z. normalnéj bystrości wzroku zdolność ta zachowuje się rozmaicie, a nieraz o $1/_2$ jest mniejszą. Gdyby przyczyną faktu tego miały być prawidłowe indywidualne wahania ilościowego poczucia barw, badania te nie miałyby dla dyjagnostyki oczywiście żadnego znaczenia. Rzecz jednak może mieć się inaczéj. Wiadomo bowiem, że tak zwana normalna bystrość wzroku jest tylko wartością średnią, która przysłużać może nawet oku choremu lub niemiarowemu, a która przed chorobą, względnie po korekcyi, mogła wynosić $^5/_3$ lub więcéj nawet. I w saméj rzeczy bliższe poszukiwanie przekonało autora, że w tych przypadkach rozchodziło się albo o lekką niemiarowość oka, gdzie wzrok po korekcyi podniósł się na $^5/_3$, albo też o jakąś zmianę chorobową (w jednym przypadku cierpiał chory na jaskrę chroniczną, gdzie wzrok dawniéj lepszy opadł do $^5/_5$). Gdzie zaś niemiarowość oka była przyczyną, tam cz^2 i $bł^7$ rozróżniali chorzy po korekcyi znowu na 6m.

W obec takich faktów nie podobna obronić się myśli, że badanie saméj tylko bystrości wzroku nie wystarcza jeszcze do ocenienia funkcyi plamki żółtéj, podczas gdy rozpoznawanie cz^2, $bł^7$ na $5^1/_2$—6m. ręczy nam za jéj prawidłowe zachowanie się łącznie z prawidłową bystrością wzroku.

Znając już normalną wartość poczucia ilościowego barw, pokusił się autor o wykazanie, w jakim stosunku z obniżaniem się bystrości wzroku zależnie od wad refrakcyi i chorób upośledzających poczucie światła, maleje ilościowe poczucie barw. W tym celu badał autor oddzielnie wpływ refrakcyi, a oddzielnie wpływ wszystkich innych chorób, które podporządkowywa pod jednę ogólną kategoryję chorób obniżających poczucie światła. W téj pierwszéj kategoryi oznaczał doświadczalnie stwarzając zarówno u siebie, jak i u innych zdrowych osób, odpowiedniemi szkłami różne formy ametropii, wpływ zaś chorób drugiéj grupy naśladował zmniejszaniem natężenia światła, począwszy od tego, przy którém $V=^5/_5$, aż do tego stopnia, gdzie V opadło do rozpoznawania ruchów ręki bez podania kierunku. W ten sposób skonstruował autor tabliczkę, w któréj każdéj poszczególnéj wartości dla V odpowiada wartość dla cz^2, $bł^7$ raz przy wadach refrakcyi, oddzielnie zaś w chorobach zmniejszających poczucie światła. Nie mogąc w sprawozdaniu dla szczupłości miejsca pomieścić téj pouczającéj tabliczki, poprzestaniemy tylko na ogólnych wnioskach, jakie z niéj dla dyjagnostyki wyprowadzić się dadzą. (Dok. nast.).

[1]) Czerwień i błękit Marksa są to prawie jednorodnéj barwy barwiki, któremi napojone są płatki sukna, służące za przedmiot badania. Czerwień znaczy autor krótko przez cz^2 (2 oznacza średnicę), błękit przez $bł^7$.

Choroby dzieci.

Dr. N. Th. Miller: **Wcześniaki i ich choroby.**

Znaczny procent ogólnéj liczby porodów dochodzący w Moskwie do 8·9% stanowią wcześniaki (*Frühgeborene*). W rzędzie różnorodnych przyczyn na pierwszém miejscu stoi kiła, dla tego też w obec każdego przedwczesnego porodu powinien lekarz baczyć, aby przeoczenie téj choroby nie stało się zgubnych następstw powodem.

W ciągu dziesięciu lat oddano do domu podrzutków w Moskwie (gdzie autor jest naczelnym lekarzem) 6036 wcześniaków. Do téj kategoryi liczono również noworodki ważące mniéj niż 2500g., których długość niedochodziła 45cm. Bliźniaki stanowiły trzecią część wszystkich przedwczesnych porodów. Największa ilość przedwczesnych poro-

dów zdarzała się na wiosnę, w zimie była większa niż w lecie.

Oznaki przedwczesnego uroodzenia odpowiadały tak za życia jakotęż przy sekcyi czasowi urodzenia, różniąc się jednak czasem, znacznie nawet w takich przypadkach, które pozornie z tego samego okresu ciąży pochodziły. Zjawisko to tłumaczy autor indywidualnością matki i płodu. Skutkiem małéj powierzchni ciała, słabo rozwiniętéj podściółki tłuszczowéj, będącéj złym przewodnikiem ciepła, podlegają takie dzieci ziębnięciu. Ciepłota ciała opada częstokroć po porodzie do 30°C. a z powodu niedostatecznéj sprawy oddychania i utleniania jest nawet w następnych dniach i tygodniach mniejszą aniżeli u donoszonych. Ciepłoty ciała nie można często mimo przyrządów do ogrzewania doprowadzić wyżéj niż do 35°C., z tego powodu mogą i ostre choroby przebiegać bez gorączki. Zapaleniu płuc nie towarzyszy czasem ani gorączka ani kaszel, iż trudno je od niedodmy płuc odróżnić. Posocznica przebiega również bez gorączki, a żółtaczka będąca u takich dzieci samoistnym objawem chorobowym, nie może służyć za wskazówkę. Obojętność i śpiączka, zwykłe u wcześniaków objawy, utrudniają rozpoznanie ropnicy. Skłonność do chorób gnilnych jest wielka, jużto, że krew skutkiem małéj ilości włóknika nie łatwo krzepnie i trwałych skrzepów w naczyniach płodowych nie tworzy, jużto, że odpadnięcie pępowiny przeciąga się czasem aż do końca drugiego tygodnia i to nie przez uschnięcie lecz przez odgnicie. W obec nieświetnych warunków szpitalnych, wywołuje takie powolne zabliźnianie się pępka częste zakażenia. Powolne krzepnienie krwi bywa powodem krwotoków pępkowych, wynaczynień na bł. śluzowych żołądka; kiła wrodzona bywa często tych krwotoków przyczyną.

Głos wcześniaków czasem zaledwie słyszalny. Słabe ich płuca skłonne do niedodmy, często tak rozległéj, że wydaje się, jakoby wcale nie oddychały. Niedodma zmniejsza przypływ powietrza do płuc, ułatwia têm samêm gromadzenie i gnicie śluzu i staje się powodem zapalenia. Mała żywotność tkanin, suchość bł. śluzowéj jamy ust, brak śliny, dozwalają pleśniawkom szerzyć się w jamie gardłowéj, wywołują trudność połykania, przyczém mleko może się łatwo dostać do tchawicy i płuc i wywołać zapalenie płuc z zachłyśnienia *(Schluckpneumonie)*.

Sprawy żywotne odbywają się u wcześniaków z mniejszém natężeniem i powolniéj, dla tego też znoszą one głód łatwiéj niż dzieci donoszone. Nużą się szybko przy ssaniu, a pracę tę można im ułatwić naciskając rytmicznie brodawkę. Natura dostarczyła ułatwienia wcześniakom darząc ich silniéj rozwiniętą, na dziąsłach wystającą błonką (bł. Magitto-Robina), która przy ssaniu obrzmiewa, i jest jakoby pomocniczą wargą przy chwytaniu brodawki. Skutkiem powolnego trawienia mleka wzmaga się skłonność do nieżytu kiszek. Słabo rozwinięte mięśnie i ruchy robaczkowe przewodu pokarmowego opóźniają wydzielenie smołki i wywołują ustawiczne zatwardzenie. Skutkiem niskiéj ciepłoty ciała, niedostatecznego oddechania i powolniejszego krążenia krwi, powstają zawały w nerkach i sprawiają zatrzymanie moczu, kolkę nerkową, napady mocznicy, têm łatwiéj, iż skóra, nieposiadająca jeszcze dostatecznéj ilości gruczołów potnych, nie może zastąpić czynności nerek.

Czynności fizyjologiczne skóry odbywają się wolniéj niż u dzieci donoszonych, łuszczenie się naskórka, wypadanie meszku, trwa czasem aż do końca drugiego miesiąca. Nie ma prawie dziecka (wcześniaka), któreby nie miało twardziny *(Sclerema)* w nodze lub łydkach, co również z wadliwości krwi i krążenia pochodzi. W rzadkich przypadkach twardziny ogólnéj może ciepłota ciała spaść do 22°C., tętno do 40 ud. na minutę. Żółte zabarwienie skóry bywa prawie stale, żółtaczka trwa dłużéj, a towarzyszącą śpiączkę możnaby przypisać działaniu kwasów żółciowych na mózg.

System nerwowy wcześniaków jeszcze bardzo nierozwinięty, odruchy trudno wywołać. Mózg galaretowaty, komory mózgowe nierozszerzone, istota szara nie różni się od białéj, rowki i zakręty mózgu zaledwie znaczne. W istocie półkul znajdują się często ogniska stłuszczonéj osnowy nerwowéj wielkości soczewicy lub grochu, które Virchow uważał za wrodzone zapalenie mózgu, Jastrowitz twierdzi, że to jest normalném zjawiskiem u noworodków. Ubytek na ciężarze jest w pierwszych dniach znacznie większy i trwa do końca drugiego tygodnia.

Zważywszy te anatomiczno fizyjologiczne właściwości wcześniaków, nie dziw, że śmiertelność mimo starannéj opieki jest tak wielką. W domach podrzutków w Rosyi wynosi przeszło 80%, w innych państwach obliczają na 66%; pierwsze dwa tygodnie najniebezpieczniejsze. Najmniéj nadziei rokują wcześniaki, których ciężar wynosi mniéj niż 1000g., długość 27cm. niedochodzi, również i te, których obwód czaszki mniejszy niż 25cm., a obwód piersi o 2½cm. mniejszy od obwodu czaszki; w końcu także, których obwód piersi nie przekracza połowy długości ciała. Złe rokowanie o dzieciach: których ciepłota mimo ogrzewania nie podnosi się nad 35°C., gdy pępowina do 12 dni nie odpadnie, gdy ciężar ciała nie podniósł się stosunkowo do pierwotnego, gdy pleśniawki zalegają w połyku: biegunka, zapalenie płuc i szerząca się twardzina nie dają nadziei życia.

Pielęgnowanie wcześniaków jest nader trudne; skutkiem używania parowych przyrządów podnosi się ciepłota w salach szpitalnych do 25°, powietrze psuje się szybko, sprawy rozkładu i gnicia postępują prędzéj, co na zdrowie dzieci niezmiernie źle wpływa.

W celu ustawicznego ogrzewania wcześniaków używają w domu podrzutków w Moskwie przyrządów, w których ciepłota utrzymuje się na wysokości 25—26°R. Przyrząd taki składa się z dwóch miedzianych wanienek, z których jedna wchodzi w drugą, pomiędzy ściany wlewa się co 2 godziny gorącą wodę. Dziecko w pieluszki owinięte mieści się w wannie górnéj. Stosownie zawinięte brzegi wanny wewnętrznéj przylegają ściśle do krawędzi w. zewnętrznéj. Długość wanienki wynosi 72cm., szerokość w głowie 46cm., w środku 43, w nogach 38cm.; wysokość 38cm., głębokość wanny wewn. 32—34cm. U dołu wanienki zewnętrznéj od strony nóg jest rura do wypuszczania ostudzonéj wody, w górze zaś szczelnie zamykany lejek do napuszczania wody gorącéj (10—12 litrów). Łóżeczko takie okrywa się gęstym muszlinem, na drutach rozpiętym.

W praktyce prywatnéj poleca autor zawijanie dzieci we watę, i ogrzewanie naczyniami gorącemi z wodą. Aby uniknąć przewijania, które oziębia i wyczerpuje, zawija się nagie dzieci we watę, a gdy się zanieczyszczą, wyskubuje się taki kawałek zastępując go nowym. Huśtanie szkodzi wcześniakom, ruch powietrza bowiem obniża ciepłotę. Aby zapobiedz zapadowi płuc *(collapsus)*, nie dozwala się dzieciom długo spać, lecz drażniąc nos i podeszwy pobudza się je do krzyku: od czasu do czasu daje się do wąchania amoniak, wodę kolońską. Za radą Lautha faradyzowano mięśnie brzucha i piersi. Również często używa się lawatyw pobu-

dzających z nastoju piżma i rumu, oraz wstrzykiwania podskórne eteru i koniaku. Czasami używa się kąpieli aromatycznych. Ponieważ wcześniaki ssać nie mogą, wkrapla się im mleko z piersi za pomocą łyżeczki często, a w małych ilościach, jeżeli zaś z powodu pleśniawek połykać nie mogą, karmi się je elastyczną sondą lub za pomocą lejka przez nos. W twardzinie łydek pomaga mięsienie.

Aby o ile możności najwięcej krwi wcześniakom przysporzyć, nie należy wcześnie podwiązywać pępowiny.

Niezmiernie rzadko zdarzają się przypadki utrzymania życia wcześniaków z wcześniejszego nad 29 tygodni okresu. Autor widział dzieci 600—700gr. ciężaru, które żyły po kilka dni, dzieci ważące 800—900gr. 22—24cm. dług. żyły tydzień lub dłużéj.

Jeżeli wcześniaki przeżyją najniebezpieczniejsze dla siebie 2 tygodnie, ssać zaczynają, oraz gdy na wadze przybierają, rozwijają się potém, względnie prędzéj od donoszonych. Spożywają stosunkowo więcéj, w końcu pierwszego miesiąca podnosi się ich ciężar do $1/3$ pierwotnego stanu, a podwojenie tegoż występuje rychléj, aniżeli u dzieci donoszonych. Długość ciała idzie również w tym stosunku. Zawsze jednak nawet w ciągu następnych miesięcy nie dosięgają ciężaru i długości dzieci donoszonych, a znamie przedwczesnego urodzenia towarzyszy im do późniejszego wieku. (*Jahrb. für Kinderheilk.*, 1886). *Dr. Murdzieński.*

Choroby nerwowe.

Gilles de la Tourette: **O nerwicy, polegającéj na niezbornych, mimowolnych ruchach, połączonych z naśladowaniem głosu (echolalia) i z wymawianiem słów rubasznych (coprolalia).**

Na podstawie swych spostrzeżeń klinicznych podaje autor obraz téj ciekawéj nerwicy, cechującéj się niezbornemi mimowolnemi i gwałtownemi skurczami różnych mięśni, mimowolném powtarzaniem słów, właśnie co wypowiedzianych przez otoczenie chorych *(echolalia)* i wymawianiem wbrew swéj woli słów rubasznych, trywialnych *(coprolalia)*. Niektórzy chorzy okazują tylko pierwszy objaw, to jest mimowolne ruchy. Choroba rozpoczyna się najczęściéj we wczesnym okresie życia (od 6 i 16 roku) od pląsawiczych skurczów mięśni twarzy lub odnóg (zginania i wyprostowywania palców, ruszania ramionami, wykrzywiania twarzy, nagłych skoków). Ruchy te są bardzo gwałtowne i szybkie, różnią się zatém wybitnie od ruchów, pojawiających się w zwykłéj pląsawicy. Wzruszenie umysłowe potęguje gwałtowność ruchów, natomiast we śnie i w przebieżnych chorobach gorączkowych ruchy stają się znacznie wolniejsze lub też znikają zupełnie. Czasem występują samoistne polepszenia. Chorzy nie przedstawiają nadto żadnych innych zboczeń; czucie, czynność zmysłów i funkcyje psychiczne są prawidłowe.

U niektórych chorych może się ograniczyć choroba tylko do opisanych zboczeń w ruchu. W przeważnéj jednak liczbie przypadków przyłączają się wcześniéj lub późniéj dalsze powyżéj wymienione objawy. Chory zaczyna pewnego dnia wśród mimowolnego wykonywania gwałtownych ruchów wydawać głosy nieartykułowane; późniéj krzyki te zamieniają się w słowa, przyczém chory wykrzykuje wbrew swéj woli kilkakrotnie jakiś wyraz i to najczęściéj to właśnie słowo, które ktokolwiek z otaczających podówczas wymówił. Chory więc powtarza jak echo właśnie co wymówiony wyraz *(echolalia)*. Czasem atoli już na sam widok jakiegoś przedmiotu wykrzykuje chory kilkakrotnie odpowiednią nazwę tegoż przedmiotu. Dość często naśladują chorzy najzupełniéj czynności osób otaczających, wykonywają dane sobie rozkazy z błyskawiczną szybkością, powtarzając zarazem głośno wydany rozkaz (np. gdy się zawoła na chorego: „rzuć to", chory rzuca szybko przedmiot trzymany w ręku i równocześnie powtarza kilkakrotnie: „rzuć to"). Objawem patognomonicznym téj choroby jest zdaniem autora tak zwana *„coprolalia"*. Chory znajdując się w najwytworniejszém nawet towarzystwie wykrzykuje mimo najpotężniejszego wysiłku swéj woli wyrazy rubaszne. Objaw ten przydarza się u obojéj płci.

W etyjologii odgrywa dziedziczność bardzo ważną rolę. Wzruszenia psychiczne (przestrach, trwoga) dają nieraz bezpośredni pochop do wybuchu choroby. Płeć męzka popada częściéj téj chorobie, któréj przebieg jest bardzo uporczywy i długotrwały. Nasilenia i zwolnienia w objawach często się przydarzają, zupełnego jednak wyleczenia dotychczas nie stwierdzono — Rozpoznanie nie przedstawia żadnych trudności, o różnicy między pląsawicą wspomniano powyżéj. W leczeniu najwięcéj usługi oddaje hydroterapija, oddzielenie chorego, środki wzmacniające i prąd elektryczny. (*Centralblatt f. Nervenheilkunde u. Psychiatrie* 1886, Nr. 19). *Dr. Prus.*

Oppenheim i Siemerling: **O porażeniu opuszkowém wrzekomém i ostrém.**

Autorowie opisują pięć przypadków choroby, którą ze względu na objawy kliniczne zaliczyć musiano do porażenia opuszkowego wrzekomego (*pseudoparalysis bulbaris)*. U chorych liczących 40 lub 50 lat, okazujących miażdżycę tętnic, rozwinęło się wśród napadów udarowych porażenie odnóg i pojawiły się zboczenia opuszkowe. W chwili, kiedy chorzy usiłowali mówić, występowało kurczowe łkanie, a badanie wykazywało: niedowład podniebienia, utrudnienie połykania, ciężkie zaburzenia w oddychaniu, podwyższenie ciepłoty, porażenie nerwów krtaniowych, schorzenie nerwów wzrokowych (częściowy zanik), zmiany w ruchu odnóg, podwyższenie odruchów ścięgnistych, apatyję, ogłupienie i przemijające okresy podniecenia psychicznego. Przebieg choroby był z małemi przerwami postępowy. Przy oględzinach pośmiertnych stwierdzono miażdżycę tętnic podstawowych mózgu, torbiele udarowe, ogniska rozmiękłe w obu półkulach, w torebce wewnętrznéj, w wielkich zwojach mózgowych i w korze. W rdzeniu przedłużonym wykazać można było raz już gołém okiem obecność ogniska rozmiękłego i badaniem drobnowidowém wykryto we wszystkich przypadkach ogniska chorobowe. W obec tego wyniku poszukiwań anatomopatologicznych wykreślić należy, zdaniem autorów, liczny zastęp przypadków opisanych pod nazwą porażenia opuszkowego wrzekomego, a to z powodu niedostatecznego badania drobnowidowego. Na podstawie powyższych przypadków twierdzą O. i S., że forma mięszana porażenia opuszkowego, tak zwana *paralysis cerebro-bulbaris glosso laryngo-labialis* przydarza się najczęściéj w przypadkach ostro się rozwijających porażeń opuszkowych i to na tle ciężkiéj miażdżycy tętnic. W końcu opisują autorowie przypadek ostrego porażenia opuszkowego, wywołanego skutkiem ucisku rdzenia przedłużonego przez tętniak tętnicy kręgowéj lewéj. (*Centralblatt f. Nervenheilkunde*, 1886, Nr. 20). *Dr. Prus.*

Fizyjologija.

Prof. Fürbringer: **O fizyjologicznéj czynności gruczołu krokowego i związku jéj ze zdolnością płodzenia.**

Z doświadczeń przez siebie czynionych F. doszedł do następujących wyników: 1) Wydzielina gruczołu krokowego

przedstawia się jako rzadka, mętna, jakby mlekiem zaprawiona ciecz, oddziaływa kwaśno i jest to zawiesina ziarenek złożonych przeważnie z lecytiny w płynie białkowatym. 2) Wydzielina taka jest nierozłącznym składnikiem nasienia wydzielonego na zewnątrz i ona nadaje nasieniu woń charakterystyczną, obok tego zawiera kryształki t. zw. Böttchera. F. opisuje ciekawy a rzadki przypadek. Chory X., lat 30, obok różnych przypadków nerwowych cierpiał na nasieniotok, który zdarzał się przy zupełnie spoczywającém prąciu bez podrażnienia płciowego kilka razy na tydzień. Wydzielina zapachu nie posiada żadnego, nie zawiera w sobie kryształków Böttcherowskich, a plemniki znajdujące się w znacznéj ilości nie okazują silnego ruchu, bo część ich mniejsza zaledwie się porusza, większa zaś żadnego ruchu nie okazuje. Po kilku minutach ruch zupełnie ustaje. F. wnioskował, że ma do czynienia z wydzieliną tylko pęcherzyków nasiennych na tle osłabienia nerwowego przewodów nasieniowych. Zachodziło pytanie, czy chory jest zdolny do płodzenia. Wiadomo bowiem, że mężczyźni, u których plemniki nie poruszają się, są bezpłodni, tém bardziéj, jeżeli jak w niniejszym przypadku i zdolność do spółkowania była osłabioną. Chory na 2 miesiące wyjechał do zakładu dla chorób nerwowych i wrócił w stanie znacznego polepszenia. Badanie cieczy, jaka się wydzieliła, okazało, że plemniki były w żywym ruchu, który nawet na drugi dzień jeszcze trwał, a w cieczy znajdowały się kryształki Böttchera, słowem nasienie było zupełnie normalne, tak że wszelkie było prawdopodobieństwo, że zdolność płodzenia istnieje. Z wielu jeszcze innych spostrzeżeń czynionych na chorych F. dochodzi do wniosku, że wydzielina gruczołu krokowego ma własność pobudzania do życia plemników zebranych w przewodach nasiennych i pęcherzyku nasiennym, jednak na obumierające już plemniki nie wywiera żadnego wpływu. (*Berlin. klin. Wochenschrift*, Nr. 29). *Dr. J. Surzycki.*

Medycyna sądowa.

W Sekcyi sądowolekarskiéj Zjazdu lekarzy i przyrodników niem. w Berlinie odbyły się pod przewodnictwem prof. Limana 3 posiedzenia, w których wzięło udział 100 członków. Na tych posiedzeniach mieli wykłady:

1) Docent Ungar z Bonny o próbie żołądkowo-jelitowéj Breslaua, przypisując jéj wielkie znaczenie praktyczne w tych przypadkach, w których u dzieci żywo urodzonych sekcyja wykazuje bezpowietrzność płuc; otóż zdarza się, że powietrze dla przeszkód pewnych w przewodzie oddechowym nie może dostać się do płuc, a jednak dostaje się do żołądka i jelit, a obecność jego można wykazać za pomocą próby pływania przewodu pokarmowego. Kehrer mniemał, że powietrze dostaje się do żołądka przez aspiracyję, doświadczenia jednak wykazały, że dostaje się przez połykanie [1]). Powietrze w żołądku może atoli jeszcze za życia dziecka po części zniknąć przez wessanie, z którego to powodu po stopniu napełnienia żołądka powietrzem nie można wnosić o trwaniu życia dziecięcia.

W dyskusyi Falk potwierdza wprawdzie, że powietrze dostaje się do żołądka głównie przez połykanie, zwraca jednak uwagę, że śród postępowania Schultzego powietrze dostaje się nie tylko do płuc, ale i do żołądka, jakkolwiek jeszcze trudniéj do ostatniego aniżeli do płuc. Liman nie wierzy jeszcze w zupełną bezpowietrzność płuc u dzieci, które żywemi się urodziły a wskazuje, że przewód pokarmowy może pływać w skutek zebrania się gazów gnilnych.

2) Tenże mówił o sposobach wykazania plemników w nasieniu zaschniętém. Poleca on wymoczenie skrawków płótna w wodzie destyl. z dodaniem 2 kropli HCl i barwienie barwikami anilinowemi, głównie eozyną [2]).

3) Strassmann z Berlina mówił o 12 przypadkach śmierci z powieszenia, dowodząc, że złamania kości gnykowéj i krtani zdarzają się zarówno w samobójstwie, jak i u trupów powieszonych, a na powstanie ich wpływa jedynie wiek i zwyrodnienie chrząstek.

4) Prof. Liman mówił o znaczeniu mumifikacyi w rozpoznawaniu otrucia arszenikowego; nie uważa wprawdzie mumifikacyi za objaw pewny otrucia arszenikowego, ale też nie zgadza się na twierdzenie Zajizara, jakoby ona w otruciu tém rzadziéj nawet się zdarzała, niż u innych trupów.

5) Zülzer z Berlina zwraca uwagę na znaczenie badania moczu w przypadkach otrucia, skoro ilości od 50—60 cm. sz. wystarczają do badania.

6) Heller z Kielu mówił o znaczeniu kiły wrodzonéj płuc dla medycyny sądowéj. Obok znanéj już *pneumonia alba* noworodków H. spostrzegał zap. płuc śródmiąższowe jako częsty objaw kiły wrodzonéj. Pod drobnowidem widzi się zgrubienie tkanki międzypęcherzykowéj, rozrost naczyń włosowatych, czasem kilaki.

7) Prof. Mendel z Berlina mówił o kwestyi włóczęgostwa ze stanowiska sądowolekarskiego, dowodząc, że między włóczęgami znajdował znaczny procent chorób umysłowych i dla tego domaga się, aby u oskarżonych o żebractwo i włóczęgostwo badano stan umysłowy. (*D. med. Wochenschr.*) *L. B.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie z walnego zebrania członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego z dnia 22 czerwca 1886.

W przedpołudniowych godzinach zwiedzano tutejsze publiczne zakłady lecznicze, pomiędzy temi klinikę oczną Dra Wicherkiewicza, który przy elektryczném oświetleniu za pomocą elektroforu Trouwego, nadającego się znakomicie do operacyi w głębi oka lub niedostateczném oświetleniu dzienném, wykonał kilka rękoczynów mianowicie: zaćmy niedojrzałéj własnym sposobem i zezu zbieżnego.

Na popołudniowe posiedzenie zgromadziło się dosyć liczne grono kolegów a mianowicie: z miejscowych Dr. Grodzki, Dr. Jerzykowski, Dr. Kapuściński, Dr. Kaczorowski, Dr. Batkowski, Dr. Stan, Dr. Jarnatowski, Dr. Preibisz, Dr. Koszutski, Dr. Zielewicz, Dr. Świderski, Dr. Wicherkiewicz. Z zamiejscowych: Dr. Cieślewicz z Strzelna, Dr. Górski ze Staszewa. Z gości: Dr. Dembiński z Poznania, Krysiewicz z Poznania, Kończyński z Obornik.

Posiedzenie zagaja sekretarz i wzywa po raz pierwszy po śmierci kol. Mateckiego na walne posiedzenie zebranych członków do oddania czci zgasłemu prezesowi przez powstanie, co gdy nastąpiło poproszono kol. Cieślewicza do przewodniczenia zgromadzeniu.

Przystąpiono do wyboru prezesa Wydziału. Przeważną większością głosów wybrany został kol. Kaczorowski. Tenże

[1]) Przeciwnie doświadczenia Cybulskiego i Mikulicza (O fizyjol. zachowaniu się przełyku i mechanizmie połykania u człowieka. Rozprawy Wydz. mat. przyrod. Akad. Umiejętn. 1886) przemawiają za tém, że płyny i powietrze dostają się do żołądka zupełnie biernie bez udziału ruchów połykania. *Sprawozd.*

[2]) Sposobu tego używamy w zakładzie naszym już dawno (p. Dra Schaittera rozprawę, Przegl. Lek. 1883, Nr. 11—13).

przyjmując wybór dziękuje zań. Daléj obrano jednomyślnie kol. Dembińskiego z Poznania członkiem Wydziału.

Sekretarz odczytuje telegram prof. Baranowskiego nadesłany z podziękowaniem w skutek życzeń wyrażonych mu przez sekretarza w imieniu sekcyi drogą telegraficzną w czasie obchodu jubileuszowego, a dalėj przypomina sekretarz, iż 3 lipca obchodzić będzie prof. Teichman w Krakowie jubileusz dwudziestopięcioletniéj pracy profesorskiéj i proponuje również wysłanie telegramu, do czego się jednomyślnie Wydział przychyla.

Rozprawa nad chorobami nagminnie panującemi: Kol. Koszutski widuje przeważnie teraz krztusiec i żarnice. — Kol. Jarnatowski podnosi często pojawianie się tak zwanego kuru (*Rötheln*), czemu przyświadcza kol. Koszutski, który zauważa, że ze szkoły wydalają gromadą dzieci dotknięte kurem. — Kol. Kaczorowski odwołuje się na zapatrywania swoje wyrażone na poprzedniém posiedzeniu, a dotyczące mniemanéj różnicy pomiędzy kurem a żarnicami, i dodaje, że kur przeważnie w Galicyi się zdarza. — Kol. Grodzki jest przekonany, że łagodniejsza postać żarnic czyli tak zwany kur nie jest tak zaraźliwém cierpieniem. — Kol. Wicherkiewicz podaje do wiadomości *ad vocem* chorób zaraźliwych, iż w ostatnim tygodniu aż 2 przypadki krupu powiek i spojówki (dwoje dzieci i jedna dorosła), choroby należącéj w ogóle do rzadszych w praktyce okulistycznéj a przynajmniéj w naszych okolicach, miał sposobność leczyć, a następnie odczytuje list kolegi Wlazłowskiego z Pszczewa, który uniewinniając swoją nieobecność podaje w sprawie chorób epidemicznych w okolicy swéj działalności występujących do wiadomości co następuje: od października do stycznia żarnice, w marcu i kwietniu zapalenie płuc, od maja krztusiec i zimnica, ostatnia bardzo często pojawia się, za to świeci nieobecnością dyfteryja. Pewne współzawodnictwo obu chorób i wykluczenie jednéj przez drugą zauważali koledzy starsi z tamtéj okolicy. — Kol. Cieślewicz widuje żarnice ze znaczną gorączką i wysypką petociową, przytém sporadyczne przypadki dyfteryi i zimnicy równocześnie. Nie jest zwolennikiem antipyrynu ze względu na to, że środek ten pociąga łatwo upadek sił, dla tego dawał przeważnie kwas salicylowy. — Kol. Preibisz zaleca, słysząc tak często o mniemanych wznówkach żarnic, skeptycyzm, gdyż wysypki czerwone, jakie w ciągu choroby powstają i po usunięciu cierpienia znowu pojawiają się, mogą być następstwem antipyrynu. (C. d. n.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 24—30 października umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 23·9. Z płonicy umarło 1 (1 z. t.); z dławca i błonicy 5 (2 z. t.); z biegunki 8 (4 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku błonicy, 5 płonicy, 1 duru brzusznego, 1 róży. W tygodniu od 17—23 października umarło z ospy: w Warszawie 2, w Budapeszcie 66, w Rzymie, Wenecyi i Odesie po 2; w Petersburgu 3. Z duru osutkowego umarło w Gdańsku i Londynie po 1. Z duru brzusznego umarło: w Warszawie 9, w Berlinie 6, w Paryżu 21, w Londynie 19. Z odry umarło: w Londynie 21, w Paryżu 11. Z płonicy umarło: w Warszawie 23, w Berlinie 6, w Budapeszcie 21, w Londynie 24, w Petersburgu 7, w Odesie 19. Z błonicy i dławca umarło: w Warszawie 15, w Berlinie 48, we Wrocławiu 9, w Wiedniu 11, w Budapeszcie 16, w Pradze 10, w Paryżu 25, w Londynie 38, w Kopenhadze 16. Z krztuśca umarło: w Paryżu 10, w Londynie 8.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 17—23 października umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 26,8; w Brodach 30,5; w Drohobyczu 27,4; w Kołomyi 36,4; w Przemyślu 29,1; w Stanisławowie 25,3; w Tarnopolu 45,6; w Tarnowie 34,6; w Czerniowcach 28,3; w Warszawie 28,9; w Poznaniu 35,8; w Wiedniu 21,5; w Salcburgu 27,3; w Gracu 25,4; w Tryjeście 42,6; w Insbruku 25,9; w Pradze 27,8; w Bernie 22,5; w Berlinie 22,9; we Wrocławiu 26,6; w Gdańsku 24,5; w Dreźnie 23,9; w Hamburgu 29,3; w Kolonii 23,5; w Lipsku 17,1; w Mnichowie 31,4; w Strasburgu 28,3; w Bazylei 11,8; w Brukseli 22,0; w Budapeszcie 53,8; w Chrystyjanii 13,5; w Genewie 19,5; w Kopenhadze 23,9; w Londynie 17,7; w Odesie 36,4; w Paryżu 21,8; w Petersburgu 22,0; w Rzymie 19,3; w Stokholmie 21,0; w Wenecyi 22,0; w Zurychu 15,6. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 11 listopada. Za przykładem Rządu niemieckiego Ministerstwo wojny przyjęło zasadę przydzielania lekarzy wojskowych do klinik na pewien czas, gdzie pełnią obowiązki elewów lub lekarzy asystentów, celem wydoskonalenia się w pewnych gałęziach lekarskich, a przedewszystkiém w chirurgii. Dzieje się to wszędzie za poprzedniém porozumieniem się Ministerstwa wojny z Wydziałami lekarskiemi oraz z przełożonymi odnośnych klinik. Dotychczas przydzieleni zostali lekarze pułkowi lub lekarze starsi w Wiedniu do klinik i oddziałów chirurgicznych proff. Billrotha, Alberta i Mossetiga, do kliniki chorób wewnętrznych prof. Nothnagla, okulistycznéj Fuchsa i oddziału chorób usznych Urbantschitscha; w Pradze do klinik chirurgicznych Gussenbauera i Weissa, w Insbruku do kliniki chirurg. Nicoladoniego, w Budapeszcie do klinik Lumnitzera i Kovacsa, w Klausenburgu do klinika Brandta, a wreszcie w Krakowie do kliniki prof. Mikulicza, gdzie w roku przeszłym pełnił te obowiązki lekarz pułkowy Dr. Link, a w roku bieżącym lekarz pułkowy Dr. Majewski.

* Otrzymaliśmy list następujący:

Redakcyja czasopisma *Vierteljahresschrift für Dermatologie u. Syphilis* życzyłaby sobie w pomienionėm wydawnictwie pomieszczać sprawozdania ze wszystkich prac specyjalnych w języku polskim wychodzących, i w tym celu do mnie się zwróciła.

Za pośrednictwem więc szan. redakcyi Przeglądu Lekarskiego śmiem upraszać szan. kolegów, których prace z dziedziny chorób wenerycznych i skórnych nie są drukowane w czasopismach lekarskich polskich, aby publikacyje te raczyli nadsyłać pod adresem niżéj podpisanego Z poważaniem

Dr. med. Watrasiewicz,
lekarz naczelny szpitala św. Łazarza w Warszawie.
ulica Książęca, Nr. 2.

* W Dorpacie nastąpi d. 16 bm. odsłonięcie pomnika Baera, a w Brukseli zawiązał się komitet, mający wystawić pomnik Janowi Palfynowi, wynalazcy kleszczy, w mieście rodzinném jego Courtray.

* **Wiadomości uniwersyteckie Dorpat.** Docent prywatny Dr. Karol Dehio wybrany został nadzw. profesorem szczegółowéj patologii i terapii.— **Praga czeska** W Wydziale lek. niem. objął docent Dr. Fischl zastępstwo chorego prof. Bandla.

* **Wiadomości osobowe.** W obronie krajowéj mianowani lekarzem pułkowym 1éj kl. Dr. Antoni Janiszewski, lekarzami pułkowymi 2éj kl. Dr. Władysław Stupnicki, Dr. Kazimierz Szymkiewicz, Dr. Karol Iwański i Dr. Jakób Plessner, lekarzem starszym Dr. Eugieni Mitkiewicz; wreszcie lekarzem asystentem w korpusie wojskowolekarskim Dr. Maks. Mosler.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 44: Odczyty z terapii w szpitalu Cochin w Paryżu przez Dra Dujardin-Beaumetza (c. d.; Zagórskiego: Dwie laparotomije (dok.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 44: Pacanowskiego: Przyczynek do określenia opukowego granic żołądka; Wolberga: Gorączka powrotna u dzieci (c. d.).

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 45: Zweigbauma: Torbiel wielokomorowa jajnika prawego, wycięcie guza Wolberga: Gorączka powrotna u dzieci (dok.). — W *Medycynie* Nr. 45: Dujardin-Beaumetza odczyty (dok.).

Redakcyja otrzymała.

O HEWELKE: Wrodzone połączenie komórek sercowych. (Odbitka z „Gazety Lek." 1886 r.) in 8vo str. 7.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 17 bm. o godzinie 6éj popoł. w sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém 1) kol. Gluziński będzie miał wykład już zapowiedziany, poczém 2) kol. Bossowski okaże pod drobnowidem bakteryje z miąższu twardziela nosa (*rhinoscleroma*).

Komisyja balneologiczna Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie we wtorek d. 16 listopada r. b. o godz. 5éj po południu posiedzenie w Sali Akademii Umiejętności, na którém Dr. Trochanowski poda wiadomość o wypadkach rozbioru chemicznego wody studzien m. Przemyśla.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Ogłoszenie konkursu

Na mocy rozporządzenia Wysokiego Wydziału krajowego do l. 61978/86 rozpisuje się konkurs na jednę posadę asystenta lekarskiego przy krajowym szpitalu powszechnym we Lwowie z płacą roczną 500 złr.

Posada ta nadaną będzie na lat dwa, a przy zadowalającéj służbie, może być przedłużoną do lat czterech.

Podania wnosić należy na ręce Dyrekcyi szpitala, w których ma być wykazane:

a) Wiek, stan i miejsce urodzenia.

b) Dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych.

c) Dowód uzyskanego stopnia doktora wszech nauk lekarskich na jednéj z wszechnic Państwa austryjackiego.

Z Dyrekcyi Szpitala krajowego powszechnego.

Lwów dnia 10 Listopada 1886. *Dr. Głowacki.*

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.